

GUIDE DE COMPLÉTION DU FORMULAIRE DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

1 Informations d'identification de l'usager à vacciner.

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>Québec</p> <p>VACCINATION CONTRE LA COVID-19</p>	 D T 1 0 0 5	NOM À LA NAISSANCE : _____
		PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____		SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
N.A.M. : _____		EXP : ____ / ____
ADRESSE : _____		
VILLE : _____		CODE POSTAL : _____
ID SI-PMI : _____		

2 Cocher le lieu où le vaccin est administré. Inscrire obligatoirement le nom au complet de l'établissement lorsque requis (ex. : CHSLD Ste-Dorothée).

LIEU DE DISPENSATION DE SERVICE (LDS) : SVP, préciser le nom au complet s'il y a lieu	
<input type="checkbox"/> Hôpital de la Cité-de-la-Santé	<input type="checkbox"/> CLSC : _____
<input type="checkbox"/> CVM Le Quartier Laval	<input type="checkbox"/> Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
<input type="checkbox"/> CVM Smartcentres Laval Est	<input type="checkbox"/> Centre de réadaptation DI-TSA (nom complet) : _____
<input type="checkbox"/> CVM Méga Centre Notre-Dame	<input type="checkbox"/> CHSLD (nom complet) : _____
<input type="checkbox"/> CVM Place Sports Experts	<input type="checkbox"/> RPA (nom complet) : _____
<input type="checkbox"/> Centre de services ambulatoires de Laval	<input type="checkbox"/> RI / RTF / RNI (nom complet) : _____
<input type="checkbox"/> Hôpital juif de réadaptation	<input type="checkbox"/> Autre : _____

3 Usager apte : Inscrire les coordonnées de la personne à vacciner. Numéro de téléphone et adresse courriel à fournir pour la santé publique.

Usager majeur inapte : Inscrire les informations de la personne qui consent à la vaccination pour l'usager (ex. : conjoint). Numéro de téléphone et adresse courriel à fournir pour la santé publique.

INFORMATIONS GÉNÉRALES			
Usager apte :			
Ind. rég.	N° de téléphone résidence	Ind. rég.	Autre N° de téléphone <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail
Adresse courriel :			
Usager majeur inapte :			
Personne autorisée selon sa déclaration (nom, prénom) :			
<input type="checkbox"/> Mandataire	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Curateur	<input type="checkbox"/> Curateur public
<input type="checkbox"/> Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier		<input type="checkbox"/> Proche parent	<input type="checkbox"/> Conjoint (marié, union civile ou de fait)
Ind. rég.	N° de téléphone résidence	Ind. rég.	Autre N° de téléphone <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail
Adresse courriel :			

GUIDE DE COMPLÉTION DU FORMULAIRE DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

EMPLOYÉS

Matricule : _____
 Titre d'emploi : _____
 Installation: _____
 CISSS de Laval → Autorisation pour transmission au service de santé
 Hors CISSS de Laval
 Non-salarié CISSS de Laval. **Occupation :**
 Bénévole Étudiant/Stagiaire Travailleur d'agence
 Médecin N°. Pratique _____ Résident N°. Pratique _____
 Autre : _____

4

1. Si vous vaccinez un employé, inscrire pour tous les employés : son matricule, son titre d'emploi et son installation (ex : CHSLD Ste-Dorothée).
2. Cocher s'il s'agit d'un employé du CISSS de Laval, d'un employé hors CISSS (ex : CHSLD privé, RPA) ou d'un non-salarié du CISSS de Laval (ex : bénévole, stagiaire, médecin).

5

Cocher la raison d'administration du vaccin pour la saisie SI-PMI. Dans l'ordre, la première raison d'administration du vaccin doit être sélectionnée (Ex : si vous vaccinez un travailleur de la santé avec maladie chronique, sélectionnez uniquement 4-Travailleur de la santé)
 Cocher une seule raison seulement.

RAISONS ADMINISTRATION VACCIN CONTRE LA COVID-19

Sélectionner la première raison applicable seulement

- 1-Résident en CHSLD public/privé (peu importe l'âge ou la condition médicale)
 2-Résident en RPA (peu importe l'âge ou la condition médicale)
 3-Femmes enceintes (peu importe le trimestre de grossesse ou la condition médicale)
 4-Travailleur de la santé (peu importe la condition médicale)
 5-Maladies chroniques (âgé de 18 ans et plus)
 6-Autres

6

- Le vaccinateur doit passer toutes les questions avec l'usager ou son représentant légal. Vous référer aux indications en italique dans chaque case pour guider vos interventions selon les réponses aux questions.
2. Si l'usager présente un antécédent de réaction allergique grave à une des composantes du vaccin, ne pas administrer le vaccin ayant cette composante.
 5. Vacciner l'usager indépendamment de ses antécédents d'infection à la COVID-19. Si non disponible, la date de fin de période de contagiosité n'est pas requise.

QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION – N'HÉSITÉZ PAS À DEMANDER PLUS D'INFORMATIONS

OUI NON

QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION – N'HÉSITÉZ PAS À DEMANDER PLUS D'INFORMATIONS	OUI	NON
1. Est-ce qu'il s'agit de votre première dose du vaccin contre la COVID-19? <i>Ne pas administrer de deuxième dose</i>		
2. Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave (anaphylaxie) suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou à un des composants suivants : Polyéthylène glycol, Trométhamine ou Polysorbate 80 ? <i>Si oui, comparer avec les composantes du vaccin à recevoir</i>		
3. Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave (anaphylaxie) à la suite de l'administration d'un traitement injectable ? (autres vaccins, traitements intramusculaires, intraveineux ou sous-cutanés) <i>Si oui, observation post-vaccination de 30 minutes</i>		
4. Notez-vous actuellement un changement dans votre état de santé (comparativement à votre état habituel)? <i>En cas de maladie aiguë, sévère ou présence de fièvre, reporter la vaccination.</i>		
5. Avez-vous fait une infection à la COVID-19? Si oui, quelle est la date de fin de votre période de contagiosité : _____		
6. Êtes-vous immunodéprimé ou prenez-vous des médicaments immunodépresseurs? <i>Si oui, procéder à la vaccination puisque les bénéfices surpassent les risques. Toutefois, la réponse immunitaire peut être moindre. ATTENTION utiliser un autre vaccin que Covishield en CVM.</i>		
7. Êtes-vous atteints d'une maladie auto-immune ou démyélinisante? <i>Si oui, bien que les données sur la sécurité du vaccin chez ces personnes soient limitées, les bénéfices de la vaccination surpassent les risques théoriques. La personne pourrait toutefois choisir d'en discuter avec son médecin traitant.</i>		
8. Êtes-vous enceinte actuellement? <i>Si oui, la vaccination n'est pas recommandée sauf en présence d'un risque très élevé de complications de la COVID-19 ou d'exposition à la maladie, sur avis du médecin traitant.</i>		
9. Avez-vous reçu un autre vaccin (sauf celui de l'influenza ou du pneumocoque) au cours des 14 derniers jours? <i>Si oui, reporter la vaccination contre la COVID-19 à 14 jours suivant l'administration d'un vaccin inactivé ou vivant atténué.</i>		
10. Avez-vous reçu l'administration d'anticorps monoclonaux contre la COVID-19 ou du plasma de convalescents? <i>Si oui, attendre 90 jours avant de recevoir le vaccin contre la Covid-19.</i>		

GUIDE DE COMPLÉTION DU FORMULAIRE DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

7

1. Cocher que tous les renseignements ont été donnés à l'usager ou son représentant légal.
2. Cocher si l'usager ou son représentant légal consent ou refuse la vaccination.
3. Le vaccinateur inscrit tous les renseignements nécessaires à des fins d'identification.

CONSENTEMENT / DÉCISION

Les renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination contre la COVID-19, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir post vaccination ont été donnés à la personne ou son représentant légal.

L'usager ou son représentant légal : Consent à la vaccination contre la COVID-19
 Refuse la vaccination contre la COVID-19

VACCINATEUR :

Profession : Infirmière Médecin Sage-femme Inhalothérapeute Pharmacien

Nom (en lettres moulées) : _____ Numéro de permis : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
année - mois - jour

8

1. Cocher le nom du vaccin administré, la dose ainsi que le site d'injection.
2. Inscrire le numéro de lot ainsi que la date de péremption du vaccin administré.

DÉTAILS DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS

PB COVID-19^{MD} (Pfizer)
Recommandé à l'ensemble de la population âgée de **16 ans et plus**

MOD COVID-19^{MD} (Moderna)
Recommandé à l'ensemble de la population âgée de **18 ans et plus**

Covishield^{MD} (SII - Serum Institute of India)
Recommandé CMV : population âgée de **18 à 79 ans**
Recommandé SAD : population âgée de **18 ans et plus**

1^{re} dose : _____ mL intramusculaire (IM)

2^e dose : _____ mL intramusculaire (IM)

SITE D'INJECTION IM
 Bras droit (B.D.)
 Bras gauche (B.G.)
 Cuisse droite (C.D.)
 Cuisse gauche (C.G.)

No de lot : _____ Date de péremption : _____

9

1. Cocher cette case uniquement si le vaccin administré a été impliqué dans un bris de la chaîne de froid (BCF) et que la Direction de santé publique a confirmé qu'il pouvait tout de même être utilisé.
2. Cocher qu'une période d'attente de 15 minutes a été recommandée à l'usager post vaccination.
Cocher une période d'attente de 30 minutes si l'usager a répondu **oui** à la **question 3**.
3. L'intervenant qui a administré le vaccin inscrit tous les renseignements nécessaires à des fins d'identification.
(Si l'intervenant est la même personne que le vaccinateur, la signature est requise aux 2 endroits).

Bris de la chaîne de froid (BCF) : écrire lot BCF dans le champ « Commentaires » de SI-PMI (registre de vaccination).

Une période d'attente de **15 minutes** post-administration du vaccin a été recommandée à l'usager.

Une période d'attente de **30 minutes** post-administration du vaccin a été recommandée à l'usager (Antécédents réactions anaphylactiques à un traitement injectable tels qu'un autre vaccin, traitements intramusculaires, intraveineux ou sous-cutanés)

INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN :

Titre d'emploi : _____

Nom (en lettres moulées) : _____ Numéro de permis : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
année - mois - jour

GUIDE DE COMPLÉTION DU FORMULAIRE DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

10

Section à compléter seulement si présence de réaction post-vaccinale immédiate (ex : vagal, choc anaphylactique).
Décrire les interventions effectuées.

Pour les réactions post-vaccinales graves ou inhabituelles, le formulaire de déclaration de manifestations cliniques après une vaccination doit aussi être complété et acheminé à la Direction de santé publique. Le formulaire est disponible à la page Vaccination contre la COVID-19 de Lavalensanté.

L'évaluateur doit inscrire toutes les informations à des fins d'identification.

11

La personne qui effectue la saisie dans SI-PMI appose ses initiales au bas du formulaire.

RÉACTIONS POST-VACCINALES IMMÉDIATES (À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT LE CAS ÉCHÉANT)

Description et interventions :

Appel 911 Formulaire « Déclaration de manifestations cliniques après une vaccination » complété et acheminé à la DSPublique.

Nom (en lettres moulées) : _____ Titre d'emploi : _____

Signature de l'évaluateur : _____ Date : _____ Heure : _____
année - mois - jour

Saisie par (initiales) : _____